



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS SUPERIORES
UNIDAD LEÓN**

**TÍTULO: CONCORDANCIA ENTRE LA
PERCEPCIÓN DE LOS CUIDADORES SOBRE LA
SALUD DE SUS HIJOS, CON LA VALORACIÓN
ODONTOLÓGICA DEL ESTADO DE SALUD BUCAL
DE CARIES EN LOS NIÑOS QUE ASISTEN A LA
CLÍNICA DE LA ENES UNIDAD LEÓN UNAM**

FORMA DE TITULACIÓN: TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ODONTOLOGÍA**

P R E S E N T A:

MARIA GUADALUPE FRAUSTO ARAUJO



**TUTOR: DRA. MARÍA DEL CARMEN
VILLANUEVA VILCHIS**

LEÓN, GTO. 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO 1	4
MARCO TEÓRICO.....	5
Caries de la infancia temprana	5
Nivel de conocimientos del cuidador sobre la salud bucal del niño.....	6
Sensación y percepción, construcción del conocimiento.....	8
ANTECEDENTES.....	10
CAPÍTULO 2	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
JUSTIFICACIÓN	15
OBJETIVOS	16
Objetivo general.....	16
Objetivos específicos	16
HIPÓTESIS.....	17
CAPÍTULO 3	18
MATERIALES Y MÉTODO	19
Tipo de estudio.....	19
Población de estudio.....	19
Selección y tamaño de la muestra.....	19
Criterios de selección	19
Para los niños.....	19
Criterios de inclusión	19
Criterios de exclusión.....	19
Criterios de eliminación.....	20
Para los cuidadores	20
Criterios de inclusión	20
Criterios de exclusión.....	20
Criterios de eliminación.....	20
Variables.....	20
Método de recolección de la información	23
Método de registro de la información.....	24
Análisis estadístico de los datos.....	24

Consideraciones éticas	24
Recursos materiales y humanos	24
CAPÍTULO 4	26
RESULTADOS.....	27
DISCUSIÓN	37
CONCLUSIONES	40
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	42
ANEXOS	46
Anexo 1: Cuestionario IPQ-RD.....	47
Anexo 2: Índice ICDAS.....	50
Anexo 3: Carta de aceptación de la Comisión de Ética en Investigación.....	52
Anexo 4: Escala Likert.....	53
Anexo 5: Carta de consentimiento Informado del Instituto Nacional de Salud Pública	54

DEDICATORIAS

Dedico este trabajo primeramente a Dios, por permitirme llegar hasta aquí y cumplir una etapa más de mi vida profesional.

A mis padres, Javier y Adriana, quienes con su amor me alentaron a seguir adelante, por acompañarme siempre en este proceso desde el primer día, guiarme y creer en mí. Son lo más importante en mi vida, los amo infinitamente.

A mis hermanos, Jesús, Violeta y Juan Pablo; por su apoyo incondicional, paciencia y cariño.

A mis profesores, en especial aquellos que marcaron mi vida. Por transmitirme un poco de su conocimiento y exhortarme a seguir creciendo personal y profesionalmente. ¡Muchas gracias!

A mis amigos, con quienes viví momentos buenos y malos durante mi estancia aquí. Gracias por brindarme una amistad sincera e incondicional.

Detrás de cada línea de llegada, hay otra de partida. Detrás de cada logro, hay otro desafío. ¡Lo logre, ya soy Lic. en Odontología!

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Escuela Nacional de Estudios Superiores, Unidad León, UNAM, por permitirme continuar con mis estudios y forjarme como odontóloga.

A mi tutora de tesis, la Dra. María del Carmen Villanueva, por su confianza, entrega y dedicación hacia mí en todo este tiempo, a quien admiro profundamente y aprecio con mucho cariño. Gracias por hacer que esto fuera posible.

A mi coordinadora del área de pediatría, la Dra. Tatiana Mondragón, por mostrar siempre entusiasmo y compromiso a lo largo de sus clases, por su interés al mejorar el rendimiento escolar del alumno y compartir sus conocimientos.

A mis profesores del área, por su apoyo y servicio en clínica, por aclarar dudas y exhortarnos a continuar con la mejora.

A los pacientes que atendí a lo largo de la licenciatura, por darme la confianza de tratar su malestar bucal, en especial a los padres de mis pacientes pediátricos, por creer en mí y permitirme atender a sus hijos durante este último año de licenciatura y ser el motivo de seguir preparándome para brindarles un mejor servicio.

RESUMEN

Los niños en edades tempranas son altamente vulnerables a problemas de salud en general, en el caso de la salud bucal, la caries continúa siendo el problema más común, afectando las partes orgánicas del diente y provocando desmineralización, dando lugar a una alta prevalencia de esta entidad. Actualmente, para la decisión del tratamiento y manejo de las enfermedades bucales, no sólo es importante conocer los indicadores clínicos bucales de los individuos, sino también saber los niveles de conocimientos y percepción que tiene los cuidadores sobre la etiología y prevención, así como la actitud frente a la misma. Hay evidencia que señala que la baja o errónea percepción se verá afectada en la calidad de vida del menor. Por lo que el objetivo de este estudio es determinar el nivel de concordancia entre la percepción de los cuidadores sobre la salud de sus hijos, con la valoración odontológica del estado de salud bucal de caries en los niños que asisten a la clínica de la ENES Unidad León UNAM. En el estudio participaron 25 binomios de cuidadores e hijos de 3-12 años de edad, se utilizó el cuestionario IPQ-RD (cuestionario de percepción de la enfermedad revisado para la caries dental) para conocer la percepción del cuidador sobre la salud bucal del niño y su consentimiento para la valoración clínica del mismo. En los resultados, se observó que existe una correlación negativa entre la percepción de los cuidadores sobre la presencia de caries en sus hijos, con el registro de caries dental en los niños a través del índice ICDAS. Como conclusión, es importante que los cuidadores conozcan y comprendan la gravedad de esta enfermedad, así mismo, que se les brinde información actualizada y sean concientizados sobre las posibles consecuencias de la enfermedad, ya que existe una falta de información precisa y conceptos erróneos.

Palabras claves: Caries dental, percepción, niños, salud bucodental.

INTRODUCCIÓN

La caries es una enfermedad multifactorial que se caracteriza por la desmineralización de las porciones inorgánicas del diente y el deterioro posterior de sus partes orgánicas.¹ Esta enfermedad tiene un impacto negativo en los niños, ya que causa dolor, dificultad para masticar, disminución del apetito, pérdida de peso, trastornos del sueño, irritabilidad, baja autoestima y disminución del rendimiento escolar.²

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que del 60% al 90% de los escolares de todo el mundo tienen caries dental.² Esto constituye un problema de salud pública, al mostrarse una alta prevalencia de esta entidad en países no industrializados, a diferencia de los países del primer mundo, en donde ha disminuido de manera considerable, reduciéndose el número de superficies afectadas y aumentando el de niños libres de caries.¹ No obstante, sigue siendo una enfermedad común, que afecta mayormente a los grupos con desventajas socioeconómicas. Las estimaciones nacionales recientes en los EE.UU. indican que la caries de la primera infancia (ECC) sigue siendo problemática, con una prevalencia del 23% y la caries dental no tratada en un 10% entre los menores 6 años.³

Diversas investigaciones muestran que los problemas dentales infantiles están vinculados con las dificultades de acceso a los servicios odontológicos, así como las prácticas y conocimientos deficientes en salud bucal de los padres de familia, que se asocian a su vez con una escasa motivación hacia la salud bucal y con una falta de empoderamiento, constituyendo un factor de riesgo de orden personal, familiar, social y educativo.⁴

La relación de los niños con sus padres se forja desde antes del nacimiento, por lo cual, si estos son partícipes en todo el proceso de aprendizaje de sus hijos, asumirán mejor sus funciones y responsabilidades desde las etapas más tempranas de la vida, teniendo un beneficio claro en la salud bucal de sus hijos.¹ Además, son los principales responsables de la salud bucodental en el hogar, ya que ellos determinan si los niños llevan a cabo una higiene bucal de manera sistemática, sin embargo, no todos cuentan con la preparación para llevarla a cabo de manera adecuada.⁴

En las percepciones de los cuidadores sobre la etiología de la enfermedad bucal, hay una falta de información precisa y creencias o conceptos erróneos acerca de la caries, a fin de atender tempranamente cualquier indicio de enfermedad. Se considera además que la información que se tiene puede influir en cierto grado, pues es probable que aquellos padres que han recibido capacitación sobre el cuidado de las estructuras bucales tengan mejores conocimientos, actitudes y prácticas que pueden transmitir a sus niños. Las madres se manifiestan dispuestas a dar a sus hijos una buena salud bucal, pero reclaman un mayor apoyo del personal de salud.^{3, 5} Los padres deben ser educados y concientizados para sensibilizar tempranamente a sus hijos en la adquisición de comportamientos que permitan un buen desenvolvimiento de hábitos de salud bucal.⁶

Algunos artículos evidencian que si existe una baja percepción de los padres respecto a las necesidades de atención de sus hijos, esto se verá relacionado con una mala calidad de salud bucal, por lo que el propósito del presente estudio es validar el cuestionario sobre percepción parental del estado de salud bucal con la salud bucal de niños que asisten a la clínica de Odontopediatría de la Escuela Nacional de Estudios Superiores, (ENES), Unidad León.

CAPÍTULO 1

MARCO TEÓRICO

Caries de la infancia temprana

Los niños en edades tempranas son altamente vulnerables a problemas de salud en general. En el caso de la salud bucal, la caries continúa siendo el problema más común en niños pequeños por su impacto sobre la calidad de vida. La Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD) define la caries de la infancia temprana como la presencia de uno o más órganos dentarios con caries, perdidos u obturados, en niños de 71 meses de edad o menores, inicia poco después de la erupción dental y se desarrolla en las superficies dentales lisas con un rápido progreso.⁷

Su prevalencia a nivel mundial ha mostrado cifras variables, oscilando entre el 3,6 y el 15,3% en países desarrollados, pero en países en vías de desarrollo estas cifras ascienden hasta un 67,7%.⁸

Esta entidad patológica se encuentra plenamente relacionada con higiene oral defectuosa, alimentación nocturna, alto consumo de azúcares, colonización bacteriana y bajo nivel socioeconómico de los padres.⁷ Además de producir dolor por la afectación de los órganos dentales, también produce un impacto importante en la capacidad del niño para funcionar, como pérdida del sueño, crecimiento y aprendizaje deficiente hasta problemas de conducta. Los procesos de desarrollo comunicacional, la socialización y la autoestima también pudieran estar afectados. Los problemas bucales se han asociados con una reducción sustancial en la asistencia a la escuela y en días de trabajo de los padres. De igual manera, otros factores que vinculan la enfermedad bucal a otros problemas de salud son bajo peso al nacer, parto prematuro y la deficiencia de hierro.⁹

Los factores de riesgo como la dieta, la higiene oral, la exposición a fluoruros y el uso prolongado de biberón, entre otros, son los principales causantes de caries de la infancia temprana.⁷

Sin embargo, el *Streptococcus mutans* (*S. mutans*) se señala como el principal responsable bacteriano de la caries de aparición temprana.⁸ Ya que pueden metabolizar los hidratos de carbono de la dieta, generando ácidos que desmineralizan el esmalte y la dentina.¹⁰

Se ha observado una transmisión vertical bacteriana de la madre al niño, encontrándose esta bacteria en niños a los 6 meses de edad. Un niño cuya madre tenga altos niveles de *S. mutans* en boca tiene riesgo de adquirir el microorganismo más pronto que un niño cuya madre tenga unos niveles más bajos.⁸ Los *S. mutans*, junto a otros microorganismos como lactobacilos, presentan un nivel muy elevado de aciduria y acidogenicidad en medio ácido, en comparación con el resto de microorganismos.¹⁰

La caries de la infancia temprana suele mostrar un patrón característico: caries en los incisivos superiores, los molares de ambas arcadas, pero no en los incisivos inferiores; este patrón se relaciona con la secuencia de erupción y la posición de la lengua durante la alimentación.⁷

Estos son atributos que le confieren cierto grado de susceptibilidad a los pacientes infantiles, constituyendo una probabilidad medible, con valor predictivo, y que al modificarse aportan ventajas para la prevención individual, grupal o comunitaria.⁷

Nivel de conocimientos del cuidador sobre la salud bucal del niño

Actualmente, para la decisión de tratamiento y manejo de las enfermedades bucales, no sólo es importante conocer los indicadores clínicos bucales de los individuos sino también saber los niveles de conocimientos que los pacientes o sus responsables (en el caso de los pacientes pediátricos) tienen sobre la etiología y prevención, así como las prácticas diarias de higiene y la actitud frente a la misma.⁶

Los niños y entre ellos los más pequeños, son un colectivo especialmente vulnerable a la enfermedad, ya que dependen totalmente de terceras personas para su cuidado. Aquellos

padres con mejor salud bucal tienen hijos con mejor salud bucal y aquellos con mejores hábitos de salud oral también tienen hijos con mejores hábitos orales. ¹¹

Para que haya entonces salud bucal, los padres deben ser educados y concientizados para que a la vez puedan sensibilizar tempranamente a sus hijos en la adquisición de comportamientos que permitan un buen desenvolvimiento de hábitos de salud bucal. ⁶ El conocimiento de los factores determinantes para la adquisición de estos hábitos en los niños y las niñas y sus padres se considera necesario, ⁴ ya que los padres desempeñan un papel crucial en el soporte emocional, necesidad de adaptación comportamental frente a enfermedades o tratamientos y en el financiamiento de los costos en la salud de los niños. ⁶

Actualmente la literatura sugiere que la educación en salud bucal debe ser lo más precoz posible, ya que durante el periodo gestacional la mujer se encuentra más susceptible a adquirir conocimientos sobre cuidados para con su bebé, y consecuentemente también se encontrará más receptiva a entender el valor de la buena salud bucal. Así la prevención iniciada precozmente se torna más efectiva y fácil de realizar. ⁶

En cuestiones de salud, el nivel de estudios resulta ser más determinante que los ingresos y la clase social, por condicionar conocimientos, creencias y actitudes. ¹¹

La literatura destaca la importancia de la educación para la salud bucal de preescolares, como refuerzos para la adquisición de actitudes y hábitos saludables de toda la familia, ya que, por medio de las escuelas, los padres/responsables toman conocimiento sobre las medidas saludables. ⁶ Distintos trabajos muestran cómo en la población infantil el nivel de estudios materno es la variable de nivel socioeconómico (NSE) que más discrimina en relación con los hábitos y en último término con la salud infantil. Por lo tanto, las madres con mayor nivel educativo tienen mejores conocimientos y hábitos con relación a la salud de sus hijos. ¹¹

La posibilidad de mitigar o eliminar muchos de los factores implicados en la caries depende directamente de la motivación y la disposición de los padres a colaborar. ⁸ Las personas deben realizar esfuerzos para organizar sus acciones de manera sistemática, lo que les permite

construir y mantener en el tiempo buenos hábitos de higiene bucal. El conocimiento de los factores anteriores puede contribuir a la generación de programas que promueven de manera explícita las habilidades desde la infancia temprana.⁴

Sensación y percepción, construcción del conocimiento

Sensación y percepción constituyen, junto con la toma de decisiones, el control motor, la memoria, el lenguaje y las emociones, la base para la construcción del conocimiento.¹² En los últimos años se ha incrementado el interés por comprender como diferentes determinantes conductuales y psicológicos de los padres se relacionan con la salud bucal de los niños y las niñas.⁴

Las condiciones psicológicas, afectivas, socioeconómicas y culturales de los sujetos adultos significativos, es decir, los padres de familia o bien sus abuelos e incluso los profesores, deben proveer un adecuado ambiente de desarrollo de los niños y niñas, en especial en sus primeros años de vida (Rubio, Pinzón & Gutiérrez, 2011) (Peñaranda, 2011).¹³ Los problemas dentales infantiles están vinculados con las prácticas y conocimientos deficientes en salud bucal de los padres de familia, que se asocian a su vez con una escasa motivación hacia la salud bucal y con una falta de empoderamiento.⁴

El proceso perceptivo es un mecanismo sensorio-cognitivo de gran complejidad mediante el cual el ser humano siente, selecciona, organiza e interpreta los estímulos, con el fin de adaptarlos mejor a sus niveles de comprensión (Munkong y Juang, 2008: 98), y formarse subjetivamente.¹² Por su misma naturaleza, el proceso perceptivo se encuentra en constante transformación, por lo tanto, conforme el ser humano adquiere conocimiento de nuevos estímulos el proceso de reorganización cerebral va cambiando.¹²

La sensación, es un tipo de conocimiento directo e inmediato que da lugar a estados mentales no proposicionales que transmiten información no conceptualizada, y normalmente son

causados por la estimulación de los órganos de los sentidos. Resulta entonces natural decir que el ser humano adquiere conocimiento del mundo a través de los sentidos.¹²

La sensación y la percepción dan la materia prima para la cognición, al ser patrones de eventos neuronales en el cerebro, esto hace que se constituyan en la fuente principal del conocimiento sobre la realidad.¹² Es decir, la sensación, tiene la gran tarea de recibir la información del exterior a través de los sentidos; la percepción por su parte, cumple el papel de llevar la información al cerebro, activándolo para procesar la información, elaborando respuestas que generarán conductas y comportamientos de acuerdo al entorno que va creando.¹⁴

Todo esto nos lleva a determinar que las percepciones no son registros directos (como fotografías) del mundo, sino que se construyen siguiendo reglas y constricciones dadas por la persona, de tal manera que se puede hablar de una percepción incorporada.¹²

El aprendizaje conductual tiende a manifestar la estructura del mundo, extrayendo sus regularidades, llegando a ser el conocimiento un reflejo del mismo.¹² Un marco del Modelo de sentido común de Autorregulación (CSM), postula que las creencias personales de los pacientes o cuidadores sobre una enfermedad específica, así como su tratamiento y respuesta emocional hacia ella afecta resultados de la enfermedad, principalmente a través de las respuestas de afrontamiento. Las revisiones sistemáticas han demostrado que la percepción de la enfermedad predice significativamente una serie de resultados de salud médicos y psicológicos, incluyendo adherencia a la medicación y la calidad de vida relacionada con la salud.³

ANTECEDENTES

Se han realizado estudios como en el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar de Cartagena, Colombia (ICBF), en el año 2010, en el que el objetivo fue describir los conocimientos, actitudes y prácticas frente a la problemática de salud bucal de los padres y cuidadores. Este estudio medía visitas al odontólogo, higiene bucal, cepillado de dientes, uso de crema dental y alimentación, así como variables sociodemográficas como la edad y el sexo de los participantes, el estrato socioeconómico, nivel educativo y régimen de salud al que pertenece el núcleo familiar. Los resultados obtenidos fueron que se observó un buen nivel de conocimientos (58,9%) y actitudes favorables (74,5%) en los padres de familia. El nivel de escolaridad más frecuente fue la secundaria completa, con 55.5%. En cuanto a las prácticas, el motivo de consulta al odontólogo de menor frecuencia fue el dolor o una urgencia dental para los padres (19.6%), siendo otras causas las de mayor prioridad, como en el caso de control y prevención obteniendo 49.0%. Con respecto al estrato socioeconómico, el más frecuente fue el nivel bajo con 45.0%.¹⁵

Existen otros estudios como los realizados en los establecimientos hospitalarios del MINSA y de ESSA-LUD, en el Departamento de Lima-Perú, en los que determinaron el nivel de conocimientos sobre salud bucal de las madres de familia y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años, la investigación indicó que el 60 % de las madres tiene estudios de educación secundaria, 72 % son amas de casa y el 68.5 % de ellas poseen un nivel de conocimiento regular sobre la salud bucal. Como resultados se obtuvo que las madres poseen conocimientos entre regular y bueno en un 77.6 %, pero estos no son aplicados adecuadamente.¹⁶

Otro estudio más fue publicado en enero de 2014 en Andalucía por E. González , S. Pérez-Hinojosa, J.A. Alarcón y M.A. Penalver. El objetivo fue investigar el conocimiento de pediatras y padres andaluces sobre las caries de aparición temprana y valorar si los pediatras proporcionan información a los padres sobre salud oral infantil y visitas al odontopediatra. Los resultados mostraron deficiencias en el conocimiento de los pediatras con respecto a algunos puntos, por ejemplo, el momento de la primera visita al dentista. En este sentido,

solo un 28,3% de los pediatras conocía que la edad de la primera visita al dentista del niño debe ser en su primer año de vida. El conocimiento de los padres fue muy deficiente, especialmente sobre el tratamiento de la caries.⁸

Posteriormente en el año 2012 se realizó una investigación con el objetivo de validar un instrumento y medir los conocimientos sobre salud bucal (prevención, caries dental, dieta e higiene) en madres y padres de niños que asisten a Instituciones Educativas Iniciales en zonas urbano-marginales de la provincia de Lima. En este estudio se observó que 42,6% de las madres de familia obtuvieron una calificación “buena”, en el caso de los padres fue de 7,7%. Respecto a la relación entre el nivel de conocimientos sobre salud bucal y el grado de instrucción de las madres de familia se observó que 34,2% de las madres con educación técnica y/o superior obtuvieron resultados “buenos”, siendo este porcentaje de 40.4% en el caso de los padres.⁶

Otro estudio fue realizado durante el periodo de abril a mayo en el año 2014, en la Ciudad de México, en el que se analizaron diferentes variables que inciden en la conducta de autocuidado de los pacientes pediátricos que asisten a consulta médica, así como en la de sus padres, para una buena salud oral como son: las creencias de autoeficacia, la intención y el control del comportamiento. La obtención de resultados en cuanto al nivel educativo de los progenitores fue el 71.4% de las madres cuenta con educación básica, muy semejante al de los padres 72.7%. Es de llamar la atención que los niños y las niñas del estudio perciban una mayor autoeficacia que sus padres, ya que no obstante la percepción de competencia y expectativas de éxito en la primera y segunda infancia (antes de los 6 años) son desproporcionadas y sobrevaloradas, éstas comienzan a ser congruentes con los desempeños personales en la tercera infancia, entre 7 y 12 años. Es importante señalar en este sentido, que la percepción de autoeficacia por parte de los padres y madres de familia se considera un mecanismo determinante para que puedan guiar a los niños y las niñas a que realicen una adecuada higiene bucal de manera autónoma, ya que los progenitores constituyen el principal punto de referencia para el desarrollo infantil.⁴

En el año 2012 los autores Lourdes A. Benavente Lipa, Sylvia A. Chein Villacampa, Carlos H. Campodónico, Elmo Palacios et al. determinaron el nivel de conocimientos de las madres

sobre la salud bucal de sus hijos y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de 5 años de edad, que fueron examinados clínicamente, utilizando los índices epidemiológicos de caries dental (ceo-d). En los resultados no se halló asociación significativa entre los conocimientos y el estado de salud del niño (0.16%), los conocimientos obtenidos fueron entre regulares y buenos en un 77.6%, pero no son aplicados adecuadamente, los niños del estudio presentaron una media de tres dientes afectados por caries dental, lo que significa que en promedio tienen un Índice de Caries Moderado. También se reportó que a medida que aumenta la edad del niño, aumenta la frecuencia de caries. ¹⁷

Posteriormente fue realizado un estudio en febrero de 2016 por los autores Suchitra Nelson, PhD, Mary Beth Slusar, PhD, Jeffrey M. Albert, PhD, Yiyang Liu, MS, y Christine A. Riedy, PhD, MPH. en la clínica dental pediátrica de un hospital urbano de Cleveland, Ohio. En este estudio se determinaron las propiedades psicométricas de un instrumento que mide la percepción del cuidador de caries en niños menores de 6 años, por medio del cuestionario IPQ-RD (cuestionario de percepción de la enfermedad revisado para la caries dental), aplicado a 160 padres/cuidadores. Los resultados obtenidos mostraron un mayor dominio en el sexo femenino de los cuidadores, con educación secundaria, y casi el 68% de sus hijos tenían caries de la infancia temprana. En la validación del instrumento, los dominios indicaron buena y excelente fiabilidad: identificación de la enfermedad (0,74), consecuencias del niño (0,91), consecuencias del cuidador (0,85), control del cuidador (0,85), control del niño (0,62), línea del tiempo (0,58), coherencia de la enfermedad (0,89) y representaciones emocionales (0,82). ³

CAPÍTULO 2

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La caries dental es una de las enfermedades que afecta a la mayoría de las personas, más frecuentemente a niños en edades tempranas, generando un impacto negativo, en su desarrollo biológico y social. El avance de los procesos cariosos, trae consigo problemas más severos que se producen a nivel personal, familiar, social y educativo del niño, limitando su capacidad para realizar sus actividades cotidianas. En la actualidad, la falta de información precisa y creencias o conceptos erróneos acerca de la caries que poseen padres de familia/cuidadores para afrontar la enfermedad es un problema considerable, ya que no tienen una idea correcta de lo que puede ocasionar la caries, sus hábitos de higiene bucal son defectuosos, la dieta de alimentación es rica en azúcares y, además, existen hábitos como el uso prolongado del biberón que generan problemas importantes en la salud bucal del infante.

Si bien es cierto que el nivel socioeconómico y académico de los padres es uno de los principales factores que influyen para la toma de decisiones y de esta forma poder brindar un buen estado de salud bucal a sus hijos, también lo es la percepción que se tiene sobre la enfermedad, formado por el conocimiento cultural y/o experiencias pasadas, que hacen generar ciertas conductas de comportamientos en los padres de familia, y así de esta forma poder decidir cuando es el momento indicado para recibir atención dental sus hijos, y si realmente hay una concordancia o relación con las necesidades reales que presenta el niño en su salud bucal.

La prevalencia de la caries en niños es un problema que requiere atención inmediata, ya que se ve afectada la calidad de vida de los infantes, pues repercute en su salud bucal llegando a generar situaciones dolorosas para ellos. En los padres de familia, existen ciertas representaciones emocionales de preocupación, enojo, tristeza e incluso impotencia por estar ante situaciones que dañan la salud bucal de sus hijos. Es importante atender todo lo anterior, ya que son factores determinantes para brindar un correcto tratamiento odontológico oportuno, es por ello la necesidad de conocer la percepción que los padres/cuidadores tienen respecto a la caries y partiendo de los datos, generar o promover estrategias que brinden una

mejor calidad de vida en los niños. Por lo anteriormente descrito, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe concordancia entre la percepción de los cuidadores sobre la salud de sus hijos, con la valoración odontológica del estado de salud bucal de caries en los niños que asisten a la clínica de la ENES Unidad León UNAM?

JUSTIFICACIÓN

Al realizar este estudio, se busca conocer la percepción de los padres/cuidadores respecto a las necesidades de salud bucal de sus hijos, indagando si esta percepción puede ser considerada como una medida válida que permita buscar una atención oportuna, para brindar una atención eficiente y evitar un mayor desgaste físico y emocional del niño, así como económico por parte de los padres.

De manera secundaria, todo esto es importante para generar un cambio de actitud hacia modos de vida más saludables, con medidas de prevención como un correcto cepillado dental, visitas regulares al odontólogo, mejores hábitos alimenticios, etc., Así como para conocer posteriormente cuales son las respuestas de afrontamiento que siguen los padres cuando tratan con un problema de salud de sus hijos y saber de dónde partir, o el tipo de medidas educativas que podemos seguir con los padres para la consecución de mejores resultados en salud oral y, de esta manera, interpretar datos para la creación de un plan que promueva medidas preventivas e información concreta sobre la enfermedad de la caries, para poder ayudar a tener una mejor calidad de vida en los niños relacionada con la salud bucal.

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar el nivel de concordancia entre la percepción de los cuidadores sobre la salud de sus hijos, con la valoración odontológica del estado de salud bucal de caries en los niños que asisten a la clínica de la ENES Unidad León UNAM 2020-2021

Objetivos específicos

- Conocer la percepción del cuidador sobre la identificación de la caries como una enfermedad y sus síntomas, a través del cuestionario IPQ-RD en la clínica ENES Unidad León UNAM.
- Conocer la percepción del cuidador sobre las consecuencias o efectos de la caries en la vida del niño (comportamiento, trabajo escolar, autoestima) a través del cuestionario IPQ-RD en la clínica ENES Unidad León UNAM.
- Conocer la percepción del cuidador sobre las consecuencias o efectos de la caries en la vida de ellos mismos como cuidadores (efecto en cómo los ven los demás, problemas en gasto familiar, autoestima del cuidador), a través del cuestionario IPQ-RD en la clínica ENES Unidad León UNAM.
- Conocer la percepción del cuidador sobre el control infantil realizado por los niños en su vida diaria al momento de presentar caries (decisiones o acciones que realiza el niño respecto al tratamiento para curar o controlar la caries), a través del cuestionario IPQ-RD en la clínica ENES Unidad León UNAM.
- Conocer la percepción del cuidador sobre el control ejercido por parte de los cuidadores en los niños, para el seguimiento de medidas preventivas (decisiones que toma el cuidador para curar o controlar la caries en sus hijos), a través del cuestionario IPQ-RD en la clínica ENES Unidad León UNAM.
- Conocer la percepción del cuidador sobre la línea de tiempo (importancia de la permanencia de los dientes temporales en boca, creencias acerca de que la caries es

aguda o crónica), a través del cuestionario IPQ-RD en la clínica ENES Unidad León UNAM.

- Conocer la percepción del cuidador respecto a la comprensión de los síntomas generados por caries dental de manera clara, a través del cuestionario IPQ-RD en la clínica ENES Unidad León UNAM.
- Conocer la percepción del cuidador sobre su propio estado emocional relacionado al padecimiento de caries por parte de los niños, a través del cuestionario IPQ-RD en la clínica ENES Unidad León UNAM.
- Determinar la prevalencia y grado de caries en los niños que acuden a recibir atención a la clínica ENES Unidad León UNAM a través del índice ICDAS.

HIPÓTESIS

H1= Existe concordancia entre la percepción de los cuidadores sobre la presencia de caries en sus hijos, con el registro de caries dental en los niños a través del índice ICDAS.

H0= No existe concordancia entre la percepción de los cuidadores sobre la presencia de caries en sus hijos, con el registro de caries dental en los niños a través del índice ICDAS.

CAPÍTULO 3

MATERIALES Y MÉTODO

Tipo de estudio: Transversal

Población de estudio: Binomios de niños y sus cuidadores que asisten a las clínicas de la ENES Unidad León UNAM a recibir atención odontológica.

Selección y tamaño de la muestra: 25 binomios de niños de 3 a 12 años y sus cuidadores, que asisten a las clínicas de la ENES Unidad León UNAM a recibir atención odontológica, elegidos por conveniencia.

Criterios de selección:

Para los niños

Criterios de inclusión:

- Niños de 3 a 12 años.
- Niños que vayan acompañadas por un tutor.
- Niños que se encuentren registrados como pacientes de la Clínica de Odontología Pediátrica de la ENES Unidad León.
- Niños que cuenten con expediente clínico.

Criterios de exclusión:

- Niños que no den el asentimiento de participación.
- Niños que presenten alguna discapacidad.
- Niños cuyos cuidadores no deseen responder la encuesta.
- Niños sin consentimiento informado firmado por los padres o tutores.
- Niños que presenten alguna patología bucal que pudiera ocasionar dolor o molestia durante la revisión clínica.
- Niños con aparatología ortodóncia fija.

Criterios de eliminación:

- Niños cuyos cuestionarios se encuentren incompletos.
- Niños en los que no sea posible llevar a cabo el examen clínico.

Para los cuidadores**Criterios de inclusión:**

- Cuidadores que se encarguen de los niños durante ocho horas o más en un día.
- Cuidadores que sepan leer y escribir.

Criterios de exclusión:

- Cuidadores que no deseen participar en el estudio.

Criterios de eliminación:

- Cuidadores cuyos cuestionarios estén incompletos.

Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	UNIDAD DE MEDIDA	ESCALA	VALOR FINAL
Caries dental	Es la experiencia de caries dental que presenta el niño.	Por medio del índice ICDAS (Anexo 2)	Número de dientes con experiencia de caries dental	Escala de intervalo	Número de dientes con experiencia de caries dental
Identificación de la caries como una enfermedad	Se refiere a la percepción de los cuidadores sobre la caries como una enfermedad con síntomas.	A través de las preguntas 1 y 2 del cuestionario IPQ-RD descrito en el anexo 1.	Escala Likert	Escala cualitativa	0. Totalmente de acuerdo 1. De acuerdo 2. Ni de acuerdo ni en desacuerdo

					3. En desacuerdo 4. Totalmente en desacuerdo
Consecuencias en el niño	Se refiere a los efectos de la caries en la vida del niño como comportamiento, trabajo escolar y autoestima.	A través de las preguntas 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 9 del cuestionario IPQ-RD descrito en el anexo 1.	Escala Likert	Escala cualitativa	0. Totalmente de acuerdo 1. De acuerdo 2. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3. En desacuerdo 4. Totalmente en desacuerdo
Consecuencias en el cuidador	Se refiere a los efectos que puedan impactar en la vida del cuidador como problemas de gasto familiar y autoestima.	A través de las preguntas 10, 11, 12, 13 y 14 del cuestionario IPQ-RD descrito en el anexo 1.	Escala Likert	Escala cualitativa	0. Totalmente de acuerdo 1. De acuerdo 2. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3. En desacuerdo 4. Totalmente en desacuerdo
Control infantil	Hace referencia a las decisiones o actividades que realiza el niño para curar o controlar la caries.	A través de las preguntas 15, 16, 17 y 18 del cuestionario IPQ-RD descrito en el anexo 1.	Escala Likert	Escala cualitativa	0. Totalmente de acuerdo 1. De acuerdo 2. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3. En desacuerdo 4. Totalmente en desacuerdo
Control en el cuidador	Hace referencia al control ejercido por parte del cuidador para	A través de las preguntas 19, 20, 21 y 22 del cuestionario IPQ-RD	Escala Likert	Escala cualitativa	0. Totalmente de acuerdo 1. De acuerdo 2. Ni de acuerdo ni

	tomar medidas preventivas que curen o controlen la caries en los niños.	descrito en el anexo 1.			<p>en desacuerdo</p> <p>3. En desacuerdo</p> <p>4. Totalmente en desacuerdo</p>
Línea de tiempo	Se refiere al entendimiento que tienen los cuidadores sobre la importancia de la permanencia de los dientes en boca y acerca de que la caries es aguda o crónica.	A través de las preguntas 23, 24 y 25 del cuestionario IPQ-RD descrito en el anexo 1.	Escala Likert	Escala cualitativa	<p>0. Totalmente de acuerdo</p> <p>1. De acuerdo</p> <p>2. Ni de acuerdo ni en desacuerdo</p> <p>3. En desacuerdo</p> <p>4. Totalmente en desacuerdo</p>
Enfermedad de coherencia	Se refiere al entendimiento de los cuidadores sobre la comprensión de la enfermedad y sus síntomas de manera clara y concreta.	A través de las preguntas 26 y 27 del cuestionario IPQ-RD descrito en el anexo 1.	Escala Likert	Escala cualitativa	<p>0. Totalmente de acuerdo</p> <p>1. De acuerdo</p> <p>2. Ni de acuerdo ni en desacuerdo</p> <p>3. En desacuerdo</p> <p>4. Totalmente en desacuerdo</p>
Representaciones emocionales	Se refiere a las emociones que puedan presentar los cuidadores debido al padecimiento de caries dental en sus niños como molestia, impotencia, enojo y tristeza.	A través de las preguntas 28, 29, 30 y 31 del cuestionario IPQ-RD descrito en el anexo 1.	Escala Likert	Escala cualitativa	<p>0. Totalmente de acuerdo</p> <p>1. De acuerdo</p> <p>2. Ni de acuerdo ni en desacuerdo</p> <p>3. En desacuerdo</p> <p>4. Totalmente en desacuerdo</p>

Método de recolección de la información

Previo a la aceptación del protocolo por parte de la Comisión de Ética e Investigación de la ENES, con número de registro CEI_21_01_S1 (Anexo 3), se procedió con la recolección de encuestas e Índice ICDAS en las clínicas odontológicas de la ENES Unidad León UNAM, a todas las personas que cumplieran con los criterios de selección mencionados anteriormente.

A los cuidadores que deseaban llenar el cuestionario IPQ-RD, se les explicó la finalidad de este y de igual forma se les pidió el consentimiento para que sus niños fueran revisados clínicamente dentro de las instalaciones.

A cada cuidador se le dio un bolígrafo y una hoja impresa que contenía el cuestionario sobre la percepción de los padres/cuidadores sobre el estado bucal de su hijo.

Las preguntas estaban agrupadas conforme a cada variable que se deseaba conocer, las primeras dos preguntas del cuestionario daban información sobre la percepción de la identificación de la caries como una enfermedad, las siguientes siete preguntas sobre la percepción de las consecuencias o efectos en la vida del niño, luego las cinco preguntas sobre la percepción de las consecuencias o efectos de la caries en la vida de los cuidadores, posteriormente las cuatro preguntas median la variable de control infantil realizado por los niños, las siguientes cuatro preguntas median la percepción del cuidador sobre el control ejercido por ellos mismos para controlar o curar la caries en sus hijos, seguido de esta variable las siguientes tres preguntas median la percepción del cuidador sobre la importancia de la permanencia de los dientes en boca, las siguientes dos preguntas median la percepción del cuidador respecto a los síntomas generados por la caries dental de manera clara y finalmente las últimas cuatro preguntas median el estado emocional de los cuidadores debido al padecimiento de la caries dental que presentaban sus niños. Las respuestas de cada una de las preguntas fueron medidas por medio de la escala Likert (Anexo 4).

En la valoración clínica un estudiante de la licenciatura en odontología revisó al niño con un espejo y explorador en el sillón dental con luz artificial. Los datos fueron registrados en una hoja que contenía el índice ICDAS de cada paciente, la información obtenida, constaban de dos dígitos, el primer número indicaba las restauraciones presentes en la boca y el segundo dígito indicaba el grado de caries en esmalte y/o dentina de cada diente.

De esta manera se obtuvo un juego del cuestionario IPQ-RD junto con su índice ICDAS por cada cuidador y su niño, para medir el nivel de concordancia entre la percepción de la salud del niño con su estado de salud bucal actual.

Método de registro de la información

Los datos fueron registrados en formatos especialmente diseñados con éste fin, posteriormente fueron capturados en una hoja de Excel, para después ser analizados en el paquete estadístico SPSS versión 22.0

Análisis estadístico de los datos

Se obtuvo proporciones para las variables cualitativas, mientras que para las variables cuantitativas se obtuvo medidas descriptivas de media y desviación estándar. Posteriormente se llevó a cabo la obtención de porcentajes de respuesta por cada reactivo y por cada dimensión. Para valorar la relación entre los resultados de la percepción de los padres por variables sociodemográficas, se aplicó una prueba de chi-cuadrada con un 95% de confianza.

Consideraciones éticas

De acuerdo a la Ley General de Salud, título segundo, “De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos”, Capítulo I, Artículo 17; este estudio se considera de riesgo mínimo, sin embargo, se garantizará la privacidad de la información y en el caso de los niños, se garantizará el respeto al asentimiento de su participación, tal como lo menciona el Capítulo III, “De la Investigación en Menores de Edad”, Artículo 36, donde deberá en todo caso, obtenerse el escrito de consentimiento informado de quienes ejerzan la patria potestad o la representación del menor.²¹

Recursos materiales y humanos

Materiales:

- Cuestionarios IPQ-RD impresos

- Índices ICDAS impresos
- Clínicas odontológicas de la ENES Unidad León UNAM
- Plumas o lapiceros
- Material 1x4 (espejo intraoral, explorador, cucharilla y pinzas)
- Guantes
- Cubrebocas
- Bata desechable

Humanos:

- Estudiante de odontología

CAPÍTULO 4

RESULTADOS

En la obtención de resultados participaron 20 mamás (80%) y 5 papás (20%), quienes contestaron el cuestionario IPQ-RD. La media de edad fue de 32 años de los cuidadores. Con respecto a los niños revisados, fueron 16 niñas (64%) y 9 niños (36%) en total, con una media de edad de 7 años.

Resultados obtenidos del cuestionario IPQ-RD por dominios:

De acuerdo con los datos obtenidos para este estudio, los resultados de cada dimensión fueron: En “identificación de la caries como una enfermedad”, el 84% de las personas están de acuerdo que es una enfermedad con síntomas de carácter intenso y el 8 % está en desacuerdo. El 76 % de las personas están de acuerdo que la caries es una enfermedad con muchos síntomas, 16% está en neutral y el 8 % en desacuerdo. Tabla 1.

Tabla 1. Identificación de la caries como una enfermedad

REACTIVOS	FRECUENCIA	%
La caries dental es una enfermedad con síntomas generalmente de carácter intenso		
De acuerdo	21	84.0
Neutral	2	8.0
Desacuerdo	2	8.0
Total	25	100.0
La caries es una enfermedad con muchos síntomas		
De acuerdo	19	76.0
Neutral	4	16.0
Desacuerdo	2	8.0
Total	25	100.0

En la dimensión “consecuencias en el niño”, el 68% de las personas están de acuerdo que la caries dental es una enfermedad grave que causa molestias en su hijo, 28% señaló estar neutral y 4% en desacuerdo, 48% de las personas está de acuerdo que la caries ha tenido un gran efecto sobre el niño cuando sonríe, 24% respondieron neutral y el 28% está en desacuerdo. El efecto que ha tenido la caries en el comportamiento en el hogar y trabajo escolar de los niños, el 40% respondió estar de acuerdo, 16% neutral y 44% en desacuerdo. En el efecto que ha tenido la caries en la autoestima del niño, el 52% menciona estar de acuerdo, 16% neutral y 32% en desacuerdo. Tabla 2.

Tabla 2. Consecuencias en el niño

REACTIVOS	FRECUENCIA	%
La caries dental es una enfermedad grave que causa molestias en mi hijo		

De acuerdo	17	68.0
Neutral	7	28.0
Desacuerdo	1	4.0
Total	25	100.0
La caries de mi hijo ha tenido un gran efecto en su vida		
De acuerdo	12	48.0
Neutral	5	20.0
Desacuerdo	8	32.0
Total	25	100.0
La caries en mi hijo ha tenido un gran efecto sobre él o ella cuando sonríe		
De acuerdo	12	48.0
Neutral	6	24.0
Desacuerdo	7	28.0
Total	25	100.0
La caries en mi hijo ha tenido un gran efecto en su comportamiento en el hogar		
De acuerdo	10	40.0
Neutral	4	16.0
Desacuerdo	11	44.0
Total	25	100.0
La caries en mi hijo ha tenido un gran efecto en su trabajo escolar		
De acuerdo	10	40.0
Neutral	4	16.0
Desacuerdo	11	44.0
Total	25	100.0
La caries en mi hijo ha tenido un gran efecto en su autoestima		
De acuerdo	13	52.0
Neutral	4	16.0
Desacuerdo	8	32.0
Total	25	100.0
La caries en mi hijo dificulta sus actividades		
De acuerdo	4	16.0
Neutral	7	28.0
Desacuerdo	14	56.0
Total	25	100.0

En la dimensión “consecuencias en el cuidador”, el 52% de las personas están de acuerdo que la caries en su hijo, tiene un impacto en la vida del cuidador, 20% respondieron neutral y 28% está en desacuerdo. Respecto a que si la caries ha causado problemas de dinero, 48% menciona estar de acuerdo, 8% neutral y 44 en desacuerdo. Así mismo, el efecto que ha causado la caries en la autoestima del cuidador fue de 64% está de acuerdo, 12 % neutral y 24% en desacuerdo. Tabla 3.

Tabla 3. Consecuencias en el cuidador

REACTIVOS	FRECUENCIA	%
La caries en mi hijo tiene un gran impacto en mi vida		
De acuerdo	13	52.0
Neutral	5	20.0

Desacuerdo	7	28.0
Total	25	100.0
No puedo vivir fácilmente con caries en mi hijo		
De acuerdo	19	76.0
Neutral	3	12.0
Desacuerdo	3	12.0
Total	25	100.0
La caries en mi hijo tiene un gran efecto en cómo me ven los demás		
De acuerdo	11	44.0
Neutral	3	12.0
Desacuerdo	11	44.0
Total	25	100.0
La caries en mi hijo me ha causado problemas de dinero		
De acuerdo	12	48.0
Neutral	2	8.0
Desacuerdo	11	44.0
Total	25	100.0
La caries en mi hijo tiene un gran efecto en mi autoestima		
De acuerdo	16	64.0
Neutral	3	12.0
Desacuerdo	6	24.0
Total	25	100.0

En la dimensión “control infantil”, 92% está de acuerdo que el tratamiento del niño le ayudará a mejorar sus caries y 4% respondió neutral y otro 4% en desacuerdo. En la pregunta de mejorar en la caries de mi hijo no se debe al azar o al destino, 88% está de acuerdo y 12 en desacuerdo. En la pregunta sobre lo que hace su hijo decide si sus cavidades mejoran o empeoran, 84% respondió estar de acuerdo, 8% neutral y 8% en desacuerdo. Tabla 4.

Tabla 4. Control infantil

REACTIVOS	FRECUENCIA	%
Hay mucho que se puede hacer para mejorar las cavidades en mi hijo		
De acuerdo	23	92.0
Neutral	2	8.0
Desacuerdo	0	0.0
Total	25	100.0
El tratamiento de mi hijo le ayudará a mejorar sus caries		
De acuerdo	23	92.0
Neutral	1	4.0
Desacuerdo	1	4.0
Total	25	100.0
Mejorar en las caries de mi hijo, no se debe al azar o al destino		
De acuerdo	22	88.0
Neutral	0	0.0
Desacuerdo	3	12.0
Total	25	100.0
Lo que hace mi hijo decide si sus cavidades mejoran o empeoran		
De acuerdo	21	84.0

Neutral	2	8.0
Desacuerdo	2	8.0
Total	25	100.0

En la dimensión “control en el cuidador”, 84% está de acuerdo en que lo que hacen decide si la caries de su hijo mejora o empeora, 8% respondió neutral y 8% en desacuerdo. Respecto a la pregunta que si hay mucho que pueda hacer para prevenir la caries de su hijo, las personas respondieron estar de acuerdo 100%. Tabla 5.

Tabla 5. Control en el cuidador

REACTIVOS	FRECUENCIA	%
Hay mucho que pueda hacer para controlar los síntomas en la cavidad de mi hijo		
De acuerdo	20	80.0
Neutral	4	16.0
Desacuerdo	1	4.0
Total	25	100.0
Lo que hago decide si las caries de mi hijo mejoran o empeoran		
De acuerdo	21	84.0
Neutral	2	8.0
Desacuerdo	2	8.0
Total	25	100.0
Hay mucho que pueda hacer para detener la caries de mi hijo una vez que comienza		
De acuerdo	24	96.0
Neutral	1	4.0
Desacuerdo	0	0.0
Total	25	100.0
Hay mucho que pueda hacer para prevenir la caries en mi hijo		
De acuerdo	25	100.0
Neutral	0	0.0
Desacuerdo	0	0.0
Total	25	100.0

En la dimensión “línea de tiempo”, 44% de las personas están de acuerdo con que la caries de su hijo no mejorara con el tiempo, 28% respondió estar en neutral y 28% en desacuerdo, en la pregunta respecto a que si habrá momentos en que los síntomas de la caries de su hijo empeoren y momentos en que mejoren, 56% está de acuerdo, 8% neutral y 36% en desacuerdo. Tabla 6.

Tabla 6. Línea de tiempo

REACTIVOS	FRECUENCIA	%
La caries de mi hijo no mejorará con el tiempo		
De acuerdo	11	44.0
Neutral	7	28.0
Desacuerdo	7	28.0
Total	25	100.0

Es probable que la caries en mi hijo sea duradera en lugar de corto plazo		
De acuerdo	18	72.0
Neutral	5	20.0
Desacuerdo	2	8.0
Total	25	100.0
Habrá momentos en que los síntomas de la caries de mi hijo empeoren y momentos en que mejoren		
De acuerdo	14	56.0
Neutral	2	8.0
Desacuerdo	9	36.0
Total	25	100.0

En la dimensión “enfermedad de coherencia”, el 84% de las personas respondieron tener una comprensión clara de la caries de su hijo y 16 % neutral. En la pregunta respecto a que si los síntomas de la caries no son confusos para los cuidadores, 52% está de acuerdo, 28% neutral y 20% en desacuerdo. Tabla 7.

Tabla 7. Entendimiento de los cuidadores

REACTIVOS	FRECUENCIA	%
Tengo una comprensión clara de la caries en mi hijo		
De acuerdo	21	84.0
Neutral	4	16.0
Desacuerdo	0	0.0
Total	25	100.0
Los síntomas de la caries de mi hijo no son confusos para mi		
De acuerdo	13	52.0
Neutral	7	28.0
Desacuerdo	5	20.0
Total	25	100.0

En la dimensión de “representaciones emocionales”, los cuidadores se ponen tristes y molestos cuando piensan el sufrimiento de su hijo por la caries, obteniendo 88% de acuerdo, y 12% en desacuerdo. Respecto a la preocupación de los cuidadores por la caries el 96% menciona estar de acuerdo y 4% en desacuerdo. El 64% de los cuidadores está de acuerdo que ver a su hijo con caries los hace sentir enojados y 28% está en desacuerdo. De igual forma, ver a su hijo con caries, puede hacer que se sientan impotentes los cuidadores, obteniendo un 76% de acuerdo y 20% en desacuerdo. Tabla 8.

Tabla 8. Representaciones emocionales

REACTIVOS	FRECUENCIA	%
Me pongo muy triste y molesto cuando pienso en el sufrimiento de mi hijo por la caries		
De acuerdo	22	88.0

Neutral	0	0.0
Desacuerdo	3	12.0
Total	25	100.0
Ver a mi hijo con caries me preocupa		
De acuerdo	24	96.0
Neutral	0	0.0
Desacuerdo	1	4.0
Total	25	100.0
Ver a mi hijo con caries me hace sentir enojado		
De acuerdo	16	64.0
Neutral	2	8.0
Desacuerdo	7	28.0
Total	25	100.0
Ver a mi hijo con caries, puede hacer que me sienta impotente		
De acuerdo	19	76.0
Neutral	1	4.0
Desacuerdo	5	20.0
Total	25	100.0

Prevalencia de caries en dientes primarios y permanentes:

De acuerdo con los resultados obtenidos, se observó que existe una menor prevalencia de caries en dientes permanentes, es decir, el 29.6 %, corresponde a dientes que tiene un Índice de ICDAS: 01, 02, 03 y 04. Tabla 9.

En la prevalencia de caries en dientes temporales, existe un mayor porcentaje de dientes cariados, es decir, el 77.8 % se encuentran con un Índice de ICDAS: 01, 02, 03, 04, 05 y 06. Tabla 10.

Respecto a la prevalencia total de dientes con caries, existe un 88.9 % en dientes primarios y permanentes con alguna lesión cariosa. Tabla 11.

Tabla 9. Prevalencia de caries en dientes permanentes

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	NO	19	70.4
	SI	8	29.6
TOTAL		27	100.0

Tabla 10. Prevalencia de caries en dientes temporales

	Frecuencia	Porcentaje
--	------------	------------

Válido	NO	6	22.2
	SI	21	77.8
TOTAL		27	100.0

Tabla 11. Prevalencia total de caries

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	NO	3	11.1
	SI	24	88.9
TOTAL		27	100.0

Tabla de frecuencia y porcentaje del grado de caries en dientes primarios y permanentes:

En los resultados obtenidos para el grado de caries, se observó que en los dientes permanentes cuyo código registrado fue diferente a 00, existe una mayor frecuencia de dientes afectados con el código ICDAS 01-02, dando como resultado 58.53%, es decir, existen inicios de alguna alteración visible en el esmalte de mancha blanca o marrón y el 41.46 % de los dientes tienen el código 03-04, es decir, alguna microcavidad en esmalte o sombra oscura en dentina con o sin cavidad.

En el caso de los dientes primarios, existe mayor frecuencia de dientes afectados con el código 01-02, con un 45.51%, es decir, los dientes tienen inicio de alguna alteración visible en el esmalte de mancha blanca o marrón, 28.27% tienen código 03-04, es decir, alguna microcavidad en esmalte o sombra oscura en dentina con o sin cavidad y 26.20% tienen código 05-06, es decir, existe una cavidad con exposición de la dentina que afecta la mitad de la superficie o más de la mitad.

En total de los dientes permanentes y primarios, el 48.38% de los dientes tienen código 01-02, es decir, los dientes tienen inicio de alguna alteración visible en el esmalte de mancha blanca o marrón, 31.18% tienen código 03-04, es decir, alguna microcavidad en esmalte o sombra oscura en dentina con o sin cavidad y 20.43% tienen código 05-06, es decir, existe una cavidad con exposición de la dentina que afecta la mitad de la superficie o más de la mitad. Tabla 12.

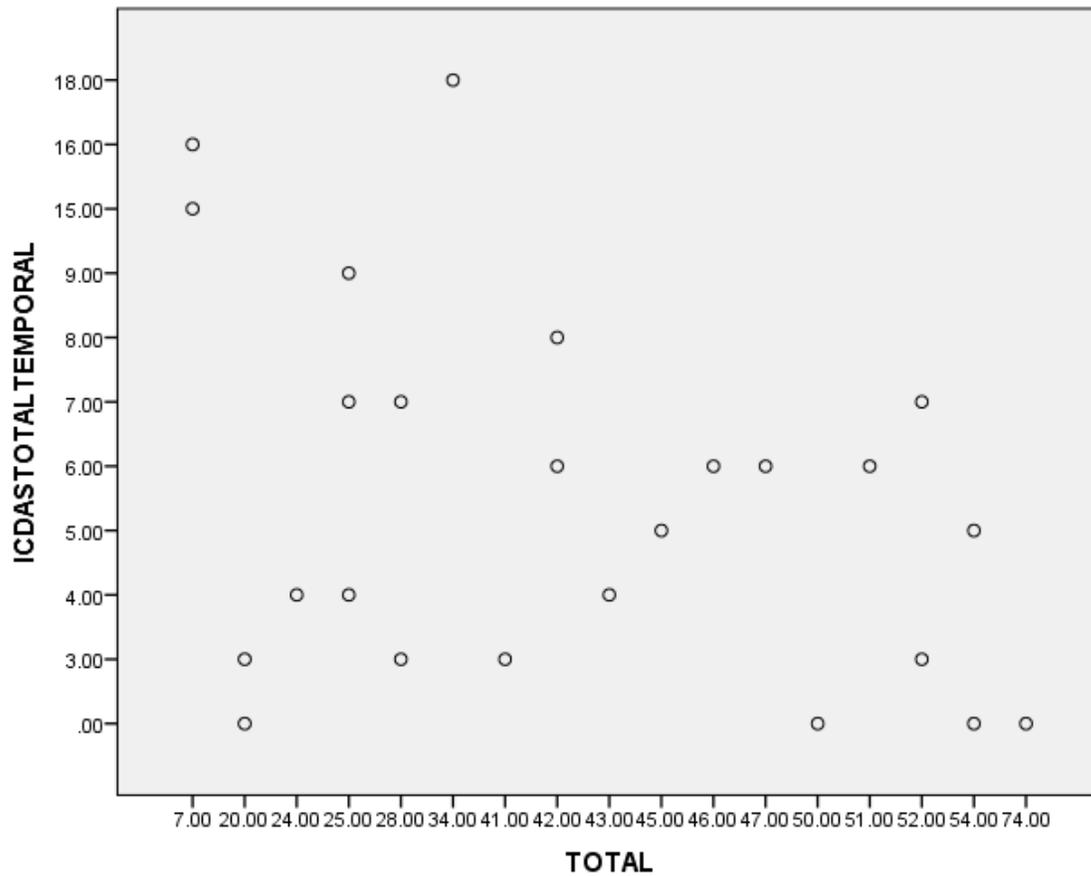
Tabla 12. Frecuencia y porcentaje del grado de caries en dientes primarios y permanentes

DIENTES PERMANENTES		
Código ICDAS	Frecuencia	%
01-02	24	58.53
03-04	17	41.46
05-06	0	0
Total	41	100
DIENTES PRIMARIOS		
Código ICDAS	Frecuencia	%
01-02	66	45.51
03-04	41	28.27
05-06	38	26.20
Total	145	100
TOTAL DE DIENTES PERMANENTES Y PRIMARIOS		
Código ICDAS	Frecuencia	%
01-02	90	48.38
03-04	58	31.18
05-06	38	20.43
Total	186	100

Gráficas de correlación entre el cuestionario IPQ-RD y el Índice ICDAS:

En la primera gráfica correspondiente a la correlación que existe entre el cuestionario IPQ-RD y el Índice ICDAS de dientes temporales, se observa que entre más pequeño es el valor del IPQ-RD, hay un mayor número de dientes con caries, y conforme va aumentando el valor de puntuación del cuestionario, existe un menor índice de caries en los niños, es decir, a mayor puntaje del IPQ-RD, menor índice de caries, lo que significa que hay un decrecimiento en la gráfica y que los niños que presentan mayor número de dientes con caries, corresponde a cuidadores que tienen más cuidado, y viceversa, los niños con un menor número de caries, corresponde a cuidadores con menor cuidado o percepción de la enfermedad. Gráfica 1.

Gráfica 1. Correlación entre el cuestionario IPQ-RD y el Índice ICDAS de dientes temporales

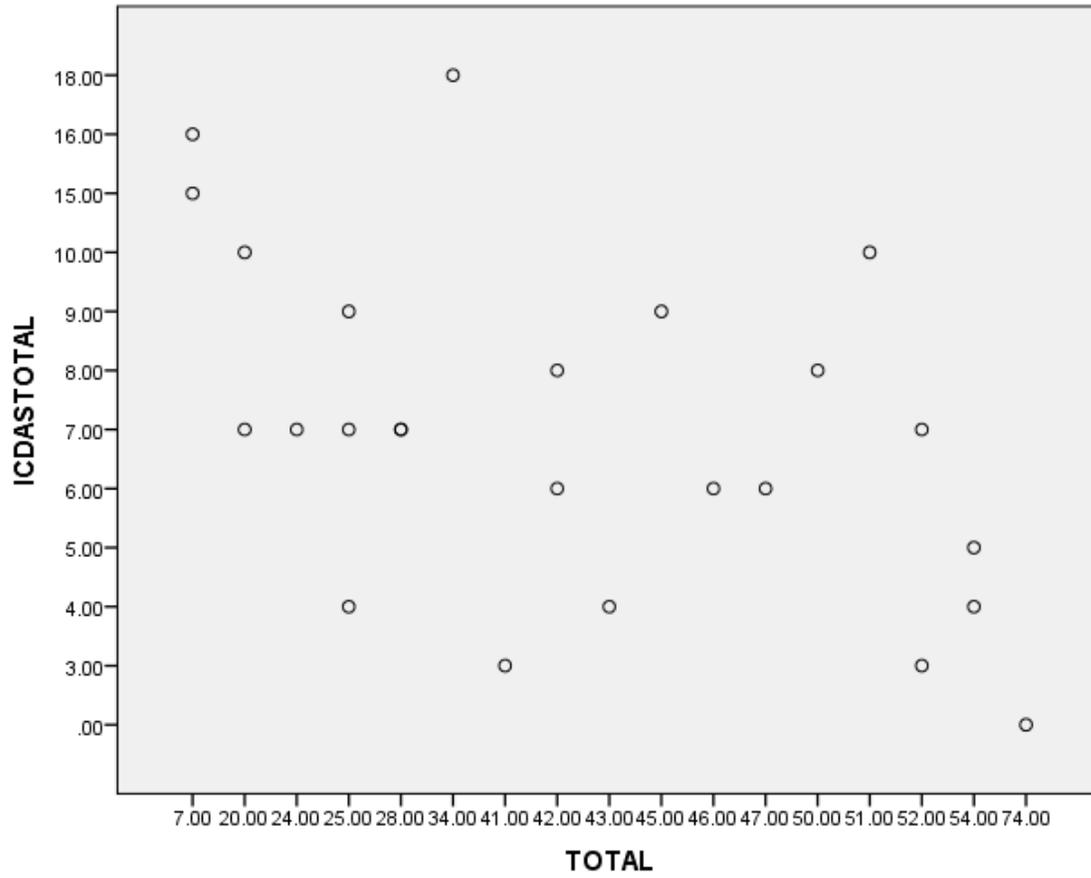


r de Pearson= -0.493 p=0.012

TOTAL= Valor del IPQ-RD

La segunda gráfica corresponde a la correlación total que existe en el cuestionario IPQ-RD y el Índice ICDAS, tanto de dientes primarios como permanentes, se observa que existe un decrecimiento, y que conforme va aumentando el valor del cuestionario IPQ-RD, va disminuyendo el número de dientes cariados, es decir, aquellas personas que respondieron estar de acuerdo en que la caries es una enfermedad importante y conocer conceptos sobre la misma, tienen niños con mayor índice de caries; a diferencia de las personas en donde los valores más altos del cuestionario IPQ-RD respondieron estar en desacuerdo sobre algunos conceptos de la caries y la percepción de la misma, tienen niños con un índice de caries menor. Gráfica 2.

Gráfica 2. Correlación total entre el cuestionario IPQ-RD y el Índice ICDAS de dientes primarios y permanentes.



r de Pearson= -0.612 p=0.001
TOTAL= Valor del IPQ-RD

DISCUSIÓN

En el artículo donde se reportó el cuestionario IPQ-RD, las preguntas de los dominios descritos indicaron una buena validez y fiabilidad para su uso en los padres/cuidadores, de igual forma, al realizar el cuestionario para este estudio, los cuidadores entendían las preguntas y comprendían el lenguaje utilizado para cada pregunta.

A partir de los resultados señalados anteriormente, se observó que existe una concordancia negativa entre la percepción de los cuidadores sobre la presencia de caries en sus hijos, con el registro de caries dental en los niños a través del índice ICDAS. Es decir, la mayoría de los cuidadores creen o reportan tener una comprensión clara de la caries, respecto a los síntomas los perciben de carácter intenso, y, además, están de acuerdo en que la caries ha causado algún efecto de autoestima del niño, sin embargo, al valorar el estado de salud bucal del niño, muestran un índice alto de caries, la mayoría en edad temprana y sin ningún tipo de tratamiento dental previo.

Lo anterior, pudiera ser porque se comprende mejor la gravedad de la enfermedad cuando ya existe un inicio de lesión cariosa, que da lugar a procesos dolorosos en la boca del niño y donde es evidente que los padres o cuidadores, muestren mayor preocupación por tratar de atender la enfermedad; a diferencia de los niños con menor número de caries, en donde los cuidadores muestran menor preocupación o cuidado, precisamente porque no presenta síntomas de carácter intenso y no se ven afectadas las actividades que realiza.

Coincidimos con los autores Lourdes A. Benavente Lipa, Sylvia A. Chein Villacampa, Carlos H. Campodónico, Elmo Palacios et al., respecto a la relación entre el nivel de conocimientos sobre la salud bucal de sus hijos y el estado de salud bucal. En los resultados, se halló una asociación estadística negativa, pues los cuidadores tienen conocimientos sobre la enfermedad de la caries, pero estos no son aplicados adecuadamente. En nuestro caso, la mayoría de los cuidadores perciben la caries como una enfermedad, y creen tener una comprensión clara de la misma, pero los niños del estudio tienden a tener un índice de caries que va en aumento cuando en el cuestionario señalan una preocupación y cuidado de la misma.

De igual forma, coincidimos con los autores Suchitra Nelson, PhD, Mary Beth Slusar, PhD, Jeffrey M. Albert, PhD, Yiyang Liu, MS, y Christine A. Riedy, PhD, MPH. En donde la mayoría de los niños presentaron caries en dentición primaria (68%), en nuestro caso, el

45.51% correspondía a los inicios de alguna alteración visible en el esmalte, mientras que el 28.27% correspondía a una alteración localizada en el esmalte o sombra en la dentina y el 26.20 % correspondía a una cavidad con exposición a la dentina. Es importante señalar que, en este estudio, la prevalencia de caries en dientes permanentes fue menor, lo anterior podría asociarse a que tienen un tiempo más corto de erupción en boca.

Recordemos que para la OMS, se considera como dientes cariados cuando ya existe propiamente una cavitación, esto hace que nuestros resultados puedan estar un tanto sobreestimados, ya que se está considerando desde los cambios incipientes en la estructura dental.

Esto tiene repercusión en el tipo de decisiones que tomará la mamá o el cuidador respecto del momento en el que se atenderá a sus hijos y por supuesto determina la decisión del clínico respecto al tratamiento a seguir por último, cabe resaltar que es importante educar a las mamás respecto a las fases de no cavitación en sus hijos, puesto que ellas pueden considerar que se trata de condiciones o estadios normales, cuando una caries aún no cavitada, puede ser tratada o requiera prevención primaria.

Por otra parte, anteriormente no se sabía de la importancia emocional, la cual es fundamental, pues nos permite entender cuál es la respuesta de afrontamiento por parte de los cuidadores cuando existe la enfermedad.

El cuestionario IPQ-RD, es una herramienta útil que sirve para conocer la percepción de la caries y desarrollar medidas que permitan una atención oportuna y la elaboración de estrategias para tener una mejor calidad de vida en los niños.

Además, en el estudio publicado por los autores E. González et al. se observó que los conocimientos de pediatras y padres de familia sobre la caries dental, es deficiente, especialmente en el tratamiento de la caries dental; en este sentido, podemos señalar que hay una falta de información precisa y creencias o conceptos erróneos acerca de la caries, lo que nos da a entender que la percepción de la enfermedad, está formado por el conocimiento cultural y experiencias pasadas.

El presente estudio mostró algunas limitantes, por ejemplo, el tamaño de la muestra, el cual, es muy pequeño, sin embargo, cabe mencionar que únicamente se reportaron aquellos participantes de los que se pudo obtener información antes del confinamiento. Así

que, bajo otras circunstancias, el estudio pudo haber tenido un mayor aprovechamiento.

De igual forma, es posible que existiera un sesgo de deseabilidad, ya que los padres o cuidadores, pudieron haber respondido lo que ellos consideraban que esperaba escuchar el entrevistador, lo que pudo haber derivado en que, al momento de hacer la correlación con el estado de salud bucal del niño, existía una correlación negativa.

Algunos aspectos que mejorarían la presente propuesta de investigación serían la adición de indicadores de higiene bucal, ya que, de esta forma, se obtendría el registro de fases iniciales de lesiones cariosas, lo que serviría para que los profesionales de la salud pudieran sensibilizar y educar a los cuidadores de manera oportuna, ejerciendo el segundo nivel preventivo, sin embargo, como se mencionó anteriormente, esto no pudo ser llevado a cabo dadas las condiciones presentes por la pandemia.

CONCLUSIONES

Se observó una concordancia negativa y estadísticamente significativa entre la percepción de los cuidadores sobre la caries dental en sus hijos, con la valoración odontológica efectuada. La mayoría de los cuidadores perciben a la caries dental como una enfermedad con signos y síntomas específicos.

Así mismo, la mayoría de los cuidadores perciben que la caries dental tiene una consecuencia en el comportamiento, trabajo y autoestima de los niños.

De igual forma, los cuidadores perciben o señalan conocer medidas preventivas que ayuden a curar o controlar la caries en sus hijos.

Otro aspecto importante es respecto a su estado emocional por parte de los cuidadores, en este sentido, la mayoría de los cuidadores se sienten tristes, preocupados e incluso molestos cuando piensan en el sufrimiento de sus hijos a causa de la caries, la interpretación de esta información nos sirve para generar una mejor atención y orientación a los padres o cuidadores de manera oportuna. Es importante que los cuidadores conozcan y comprendan la gravedad de esta enfermedad, ya que, en la actualidad, sigue siendo un problema grave que afecta a escolares de edades tempranas, actualmente, hay una falta de información precisa y conceptos erróneos que ocasionan visitas al odontólogo por problemas de salud y dolor, y no como una medida preventiva, a fin de atender tempranamente cualquier indicio de enfermedad.

Es fundamental señalar que la percepción de los cuidadores sobre la caries dental está formado por el conocimiento cultural y/o experiencias pasadas, las cuales generan conductas que deciden cuando es el momento adecuado en la toma de decisiones para recibir atención dental el niño y si hay una relación con las necesidades reales de la salud bucal del niño.

Hoy en día existen tratamientos preventivos altamente conservadores de la estructura dental, que previenen de un avance acelerado de la historia natural de la caries. Sin embargo, muchos de estos tratamientos son desconocidos por los padres o cuidadores, quienes posiblemente continúen con ideas y creencias respecto a prácticas pasadas en las que acudir al dentista implicaba tratamientos radicales restauradores o incluso mutilantes.

Es importante que a los padres o cuidadores se les brinde información actualizada y sean concientizados de las posibles consecuencias que pudiera ocasionar la caries, y de esta forma,

tener mejores prácticas de higiene como un adecuado cepillado dental y una alimentación baja en azúcar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Molina-Frechero N, Durán-Merino D, Castañeda-Castaneira E, et al. La caries y su relación con la higiene oral en preescolares mexicanos. *Gac Med Mex.* 2015;151(4):485-490.
2. Muñoz Mújica P, Aguilar Díaz FC, de la Fuente Hernández J, Shimada Beltrán H, Acosta Torres LS. Calidad de vida relacionada con la salud bucal en niños. *Salud i Ciencia* 20(8):846-51, Oct 2014.
3. Suchitra Nelson, PhD, Mary Beth Slusar, PhD, Jeffrey M. Albert, PhD, Yiyang Liu, MS, y Christine A. Riedy, PhD, MPH. **Propiedades psicométricas de una enfermedad que mide la percepción del cuidador de caries en niños menores de 6 años.** *J Res Psychosom.* 2016 febrero; 81: 46-53. doi10.1016/j.jpsychores.2016.01.002.
4. Gaeta, M. L., Cavazos, J. & Cabrera, M. del R. L. (2017). Habilidades autorregulatorias e higiene bucal infantil con el apoyo de los padres. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 15 (2), pp. 965-978. DOI:10.11600/1692715x.1521109022016
5. Martínez Farith González, Barrios Carmen Cecilia Sierra, Salinas Luz Edilma Morales. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia. *Salud pública Méx* [revista en la Internet]. 2011 Jun [citado 2020 Mayo 16] ; 53(3): 247-257. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000300009&lng=es.
6. Cupé-Araujo Ana Cecilia, García-Rupaya Carmen Rosa. Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento. *Rev. Estomatol. Herediana* [Internet]. 2015 Abr [citado 2020 Mayo 14] ; 25(2): 112-121. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552015000200004&lng=es.

7. Aguilar-Ayala FJ, Duarte-Escobedo CG, Rejón-Peraza ME, Serrano-Piña R, Pinzón-Te AL. Prevalencia de caries de la infancia temprana y factores de riesgo asociados. *Acta Pediat Mex* 2014;35:259-266.
8. E. González, S. Pérez-Hinojosa, J.A. Alarcón, M.A. Peñalver, Conocimiento de pediatras y padres andaluces sobre caries de aparición temprana, *Anales de Pediatría*, Volume 82, Issue 1, 2015, Pages 19-26, ISSN 1695-4033, <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2014.01.014>.
(<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403314000393>).
9. Zambrano, O.; Rivera V.,L.E.; Fong, L.; Rojas-Sánchez, F.; Maldonado Dueñas, A.; Príncipe, S.; Pérez, G.; Navarro, T.; Acevedo, A.Ma. Prevalencia y patrón de severidad de la caries de infancia temprana en preescolares del Municipio Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela *Acta Odontológica Venezolana* Volumen 53, No. 2, Año 2015. Obtenible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2015/2/art-5/>
10. Dra. Sandra rojas f., dra. Sonia echeverría l., caries temprana de infancia: ¿enfermedad infecciosa? [rev. *Med. Clin. Condes* - 2014; 25(3) 581-587.
11. L. Barriuso Lapresa, B. Sanz Barbero y L. Hernando Arizaleta. Prevalencia de hábitos bucodentales saludables en la población infanto-juvenil residente en España. Volume 76, Issue 3, March 2012, Pages 140-147.
12. Vilatuña Correa, Fausto, Guajala Agila, Diego, Pulamarín, Juan José, Ortiz Palacios, Walter, Sensación y percepción en la construcción del conocimiento. *Sophia*, Colección de Filosofía de la Educación [Internet]. 2012; (13):123-149. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=441846102006>
13. González-Penagos, C., Cano-Gómez, M., Meneses-Gómez, E. J. & Vivares-Builes, A. M. (2015). Percepciones en salud bucal de los niños y niñas. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13 (2), pp. 715-724.
14. Agudelo Gómez, L., Pulgarín Posada, L. A. & Tabares Gil, C. (2007). La Estimulación Sensorial en el Desarrollo Cognitivo de la Primera Infancia. *Revista Fuentes*, 19(1), 73-83. [Fecha de consulta: dd/mm/aa]. doi: <http://dx.doi.org/10.12795/revistafuentes.2017.19.1.04>

15. Martínez Farith González, Barrios Carmen Cecilia Sierra, Salinas Luz Edilma Morales. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2011 Jun [citado 2020 Mayo 16] ; 53(3): 247-257. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000300009&lng=es.
16. Benavente Lipa L, Chein Villacampa S, Campodónico Reátegui C, Palacios Alva E, Ventocilla Huasupoma M, Castro Rodríguez A, Huapaya Paricoto O, Álvarez Paucar M, Paulino Córdova W, Espetia Aguirre A. Nivel de conocimientos en salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad. os [Internet]. 16jul.2012 [citado 14may2020];15(1):14-8. Available from: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/view/2823>
17. Benavente Lipa Lourdes A., Chein Villacampa Sylvia A., Campodónico Reátegui Carlos H., Palacios Alva Elmo, Ventocilla Huasupoma María S., Castro Rodríguez Antonia, Huapaya Paricoto Olinda, Álvarez Paucar María A., Paulino Córdova Wilder, Espetia Aguirre Antonio. Nivel de conocimientos en salud bucal de las madres y su reacción con el estado de salud bucal del niño menor de 5 años de edad. 16 Mayo 2012. 15(1) 14-18.
18. GUIÑEZ, C. M. & LETELIER, S. G. Specificity and sensitivity of the ICDASTM system versus the DMFT index in caries detection. Int. J. Odontostomat., 14(1):12-18, 2020.
19. Pizarro Merma Elsa. International dental caries detection and assessment system ICDAS. 14 Junio 2019. Vol. 5 Núm. 1.
20. Cerón Bastidas. The ICDAS system as a complementary method for the diagnosis of dental caries. Noviembre de 2015. Vol. 28 Núm. 2
21. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html#:~:text=%2D%20Investigaci%C3%B3n%20con%20riesgo%20mayor%20que,este%20Reglamento%20C%20ensayos%20con%20nuevos>

22. Carta de consentimiento Informado del Instituto Nacional de Salud Pública.
<https://www.insp.mx/resources/images/stories/comitesEvaluacion/comitEtica/docs/CARTA-CONSENTIMIENTO-PADRES-E-HIJOS.pdf>
23. Perona Miguel de Priego G. Comparación del diagnóstico de lesiones de caries en la dentición desidua con el índice OMS y el índice ICDAS II- Actividad de caries en pacientes infantiles. *Revista Científica Odontológica*. 2016;4(1): 423-441.
24. GUIÑEZ, C. M. & LETELIER, S. G. Especificidad y sensibilidad de sistema ICDAS versus índice COPD en la detección de caries. *Int. J. Odontostomat.*, 14(1):12-18, 2019.
25. Shivakumar K, Prasad S, Chandu G. International Caries Detection and Assessment System: A new paradigm in detection of dental caries. *J Conserv Dent*. 2009;12(1):10-16. doi:10.4103/0972-0707.53335.
26. Matas, A. Diseño del formato de escalas tipo Likert: un estado de la cuestión. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, (2018). 20(1), 38-47.
<https://doi.org/10.24320/redie.2018.20.1.1347>

ANEXOS

Anexo 1: Cuestionario IPQ-RD



Unidad León
Escuela
Nacional de
Estudios
Superiores

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

ENES LEÓN UNAM

Mi nombre es Maria Guadalupe Frausto Araujo. La finalidad del cuestionario que se presenta, es conocer su percepción sobre la salud oral de su hijo (s).

Este cuestionario es anónimo y confidencial, por lo que si usted no desea responderlo, esto no condiciona de ninguna manera la atención que recibirá.

INSTRUCCIONES: Lea detenidamente cada uno de los siguientes enunciados y posteriormente elija la respuesta que mejor represente su opinión.

1. **La caries dental es una enfermedad con síntomas generalmente de carácter intenso.**
0) Totalmente de acuerdo 1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3) En desacuerdo 4) Totalmente en desacuerdo
2. **La caries es una enfermedad con muchos síntomas.**
0) Totalmente de acuerdo 1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3) En desacuerdo 4) Totalmente en desacuerdo
3. **La caries es una enfermedad grave que causa molestias en mi hijo.**
0) Totalmente de acuerdo 1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3) En desacuerdo 4) Totalmente en desacuerdo
4. **La caries en mi hijo han tenido un gran efecto en su vida.**
0) Totalmente de acuerdo 1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3) En desacuerdo 4) Totalmente en desacuerdo
5. **La caries en mi hijo han tenido un gran efecto sobre él/ella cuando sonríe.**
0) Totalmente de acuerdo 1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3) En desacuerdo 4) Totalmente en desacuerdo
6. **La caries en mi hijo han tenido un gran efecto en su comportamiento en el hogar.**
0) Totalmente de acuerdo 1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3) En desacuerdo 4) Totalmente en desacuerdo
7. **La caries en mi hijo han tenido un gran efecto en su trabajo escolar.**
0) Totalmente de acuerdo 1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3) En desacuerdo 4) Totalmente en desacuerdo
8. **La caries en mi hijo han tenido un gran efecto en su autoestima.**
0) Totalmente de acuerdo 1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3) En desacuerdo 4) Totalmente en desacuerdo
9. **La caries en mi hijo dificultan sus actividades.**

- 0) Totalmente de acuerdo 1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3) En desacuerdo 4) Totalmente en desacuerdo
- 10. La caries en mi hijo tienen un gran impacto en mi vida.**
0) Totalmente de acuerdo 1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3) En desacuerdo 4) Totalmente en desacuerdo
- 11. No puedo vivir fácilmente con caries en mi hijo.**
0) Totalmente de acuerdo 1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3) En desacuerdo 4) Totalmente en desacuerdo
- 12. La caries en mi hijo tienen un gran efecto en cómo me ven los demás.**
0) Totalmente de acuerdo 1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3) En desacuerdo 4) Totalmente en desacuerdo
- 13. La caries en mi hijo me han causado problemas de dinero.**
0) Totalmente de acuerdo 1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3) En desacuerdo 4) Totalmente en desacuerdo
- 14. La caries en mi hijo tienen un gran efecto en mi autoestima.**
0) Totalmente de acuerdo 1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3) En desacuerdo 4) Totalmente en desacuerdo
- 15. Hay mucho que se pueda hacer para mejorar las cavidades de mi hijo.**
0) Totalmente de acuerdo 1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3) En desacuerdo 4) Totalmente en desacuerdo
- 16. El tratamiento de mi hijo le ayudará a mejorar sus caries.**
0) Totalmente de acuerdo 1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3) En desacuerdo 4) Totalmente en desacuerdo
- 17. Mejorar en la caries de mi hijo no se debe al azar o al destino.**
0) Totalmente de acuerdo 1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3) En desacuerdo 4) Totalmente en desacuerdo
- 18. Lo que hace mi hijo, decide si su/sus cavidades mejoran o empeoran.**
0) Totalmente de acuerdo 1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3) En desacuerdo 4) Totalmente en desacuerdo
- 19. Hay mucho que puedo hacer para controlar los síntomas en la cavidad de mi hijo.**
0) Totalmente de acuerdo 1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3) En desacuerdo 4) Totalmente en desacuerdo
- 20. Lo que hago decide si la caries de mi hijo mejoran o empeoran.**
0) Totalmente de acuerdo 1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3) En desacuerdo 4) Totalmente en desacuerdo
- 21. Hay mucho que puedo hacer para detener la caries de mi hijo una vez que comienzan.**
0) Totalmente de acuerdo 1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3) En desacuerdo 4) Totalmente en desacuerdo
- 22. Hay mucho que puedo hacer para prevenir la caries en mi hijo.**
0) Totalmente de acuerdo 1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3) En desacuerdo 4) Totalmente en desacuerdo
- 23. La caries en mi hijo no mejoraran con el tiempo.**
0) Totalmente de acuerdo 1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3) En desacuerdo 4) Totalmente en desacuerdo
- 24. Es probable que la caries en mi hijo sean duraderas en lugar de a corto plazo.**

- 0) Totalmente de acuerdo 1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3) En desacuerdo 4) Totalmente en desacuerdo
- 25. Habrá momentos en que los síntomas de caries de mi hijo empeoren y momentos en que mejoren.**
- 0) Totalmente de acuerdo 1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3) En desacuerdo 4) Totalmente en desacuerdo
- 26. Tengo una comprensión clara de la caries de mi hijo.**
- 0) Totalmente de acuerdo 1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3) En desacuerdo 4) Totalmente en desacuerdo
- 27. Los síntomas de la caries de mi hijo no son confusos para mí.**
- 0) Totalmente de acuerdo 1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3) En desacuerdo 4) Totalmente en desacuerdo
- 28. Me pongo muy triste y molesto cuando pienso en el sufrimiento de mi hijo por la caries.**
- 0) Totalmente de acuerdo 1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3) En desacuerdo 4) Totalmente en desacuerdo
- 29. Ver a mi hijo con caries me preocupa.**
- 0) Totalmente de acuerdo 1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3) En desacuerdo 4) Totalmente en desacuerdo
- 30. Ver a mi hijo con caries me hace sentir enojado.**
- 0) Totalmente de acuerdo 1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3) En desacuerdo 4) Totalmente en desacuerdo
- 31. Ver a mi hijo con caries puede hacer que me sienta impotente.**
- 0) Totalmente de acuerdo 1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3) En desacuerdo 4) Totalmente en desacuerdo

Agradezco su tiempo y dedicación para responder el cuestionario.

Anexo 2: Índice ICDAS

INDICE ICDAS

A nivel mundial, la caries dental no tratada en dientes permanentes es la enfermedad crónica más prevalente, y en niños la caries en dientes temporales es la décima enfermedad crónica más prevalente. Las lesiones de caries se producen debido a que las bacterias del biofilm metabolizan azúcares y producen ácidos, esto disminuye el pH del biofilm, creando condiciones de desmineralización provocando la destrucción progresiva de los tejidos dentarios.¹⁸

En la actualidad existe numerosas formas de estudiar la caries dental considerándola como una enfermedad dinámica cuyo diagnóstico mientras más temprana sea detectable se aplicarán medidas preventivas para mantener al individuo sano.¹⁹

El índice ICDAS por sus siglas en inglés International dental caries detection and assessment system, propone la unificación de criterios fundamentalmente visuales para ser aplicados en la descripción de características de dientes limpios y secos tanto en caries de esmalte como de dentina, y para examinar el nivel de actividad de la caries; basándose en las características de la superficie.^{19 y 25.}

La nomenclatura comprende dos dígitos, el primero de 0 a 8 que corresponde al código de restauración y sellante, el número 9 al código de diente ausente; y el segundo dígito de 0 a 6 al código de caries en esmalte y dentina.²⁰

El registro de los códigos para examinar la presencia de la lesión de caries en cada diente cumple con ciertas características:

El código 0 se refiere a que no existe ninguna o sutil alteración en la translucidez del esmalte, después del secado prolongado (5 segundos).

El código 1 se refiere a las primeras alteraciones visibles en el esmalte-opacidades blancas ó decoloración marrón (restricida al fondo de la fisura/ mancha fina).

El código 2 se refiere a distintas alteraciones visibles en el esmalte-opacidades blancas ó decoloración marrón (que sube por las paredes de la fisura/ mancha marrón) en esmalte húmedo.

El código 3 se refiere a una cavidad localizada en esmalte opaco o pigmentado.

El código 4 se refiere a una sombra en la dentina subyacente.

El código 5 se refiere a una cavidad en el esmalte opaco o pigmentado con exposición de la dentina que afecta hasta la mitad de la superficie.

El código 6 se refiere a una cavidad en el esmalte opaco o pigmentado con exposición de la dentina, comprometiendo más de la mitad de la superficie.^{23 y 24.}

C. de restauración
0 No restaurado ni sellado
1 Sellador parcial
2 Sellador completo
3 Restauración color del diente
4 Restauración color metálico (amalgama)
5 Corona acero cromo
6 Corona porcelana o color del diente
7 Restauración perdida o fracturada
8 Restauración temporal
96 Falta de visualización del diente
97 Perdido por caries
98 Perdido por otra razón
99 No erupcionado

C. de caries
0 Sano
1 Mancha blanca/marrón, esmalte seco
2 Mancha blanca/marrón, esmalte húmedo
3 Microcavidad en seco sin dentina
4 Sombra oscura en dentina con o sin cavidad
5 Exp. dentina > 0.5 mm hasta 50% sup. dental
6 Exp. dentina > 50 % sup. dental

Registro del Índice ICDAS

ICDAS																
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
ICDAS																

Anexo 3: Carta de aceptación de la Comisión de Ética en Investigación.



León, Guanajuato a 05 de marzo de 2021.

Investigador principal: María del Carmen Villanueva Vilchis

Asunto: DICTAMEN DE LA COMISIÓN DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN.

Referente a la revisión del protocolo "CONCORDANCIA ENTRE LA PERCEPCIÓN DE LOS CUIDADORES SOBRE LA SALUD DE SUS HIJOS, CON LA VALORACIÓN ODONTOLÓGICA DEL ESTADO DE SALUD BUCAL ACTUAL EN LA CLINICA DE LA ENES UNIDAD LEÓN UNAM" con número de registro CEI_21_01_S1.

La decisión fue: **Aprobado**

Se solicita enviar un reporte de resultados dentro de los próximos doce meses a partir de la emisión de la presente

Atentamente

Presidenta de la Comisión de Ética en Investigación
Escuela Nacional de Estudios Superiores, Unidad León.
UNAM

Anexo 4: Escala Likert.

Las llamadas “escalas Likert” son instrumentos psicométricos donde el encuestado debe indicar su acuerdo o desacuerdo sobre una afirmación, ítem o reactivo, lo que se realiza a través de una escala ordenada y unidimensional.

Originalmente, este tipo de instrumentos consistía en una colección de ítems, la mitad expresando una posición acorde con la actitud a medir y la otra mitad en contra. Cada ítem iba acompañado de una escala de valoración ordinal. Esta escala incluía un punto medio neutral así como puntos a izquierda y derecha, originalmente de desacuerdo y de acuerdo, con opciones de respuesta numéricas.²⁶

Cada ítem o enunciado se califica con puntos que van desde cero a cuatro, en donde cero es la puntuación más alta y cuatro la más baja.³

0: Totalmente de acuerdo

1: De acuerdo

2: Ni de acuerdo ni en desacuerdo

3: En desacuerdo

4: Totalmente en desacuerdo

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Dirigido a: Padres y o cuidadores de niños

Título de proyecto: Concordancia entre la percepción de los cuidadores sobre la salud de sus hijos, con la valoración odontológica del estado de salud bucal de los niños que asisten a la clínica de la ENES Unidad León UNAM.

Nombre del Investigador Principal: María del Carmen Villanueva Vilchis

Nombre del investigador corresponsable: Maria Guadalupe Frausto Araujo.

Fecha aprobación por el Comité de ética: 5 marzo 2021

Introducción/Objetivo

Estimado(a) Señor/Señora:

Usted ha sido invitado a participar en el presente proyecto de investigación, el cual es desarrollado por **la Escuela Nacional de Estudios Superiores (ENES), Unidad León**. El estudio se realizará en **las clínicas de odontología pediátrica de la institución**.

Si Usted decide participar y que su hijo(a) participe también en el estudio, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro.

El propósito del presente estudio es conocer la percepción de usted como padre y/o cuidador sobre la salud de sus hijos, y de igual manera el estado de salud bucal del niño, la población estudiada serán 25 pares de niños de 3 a 12 años de edad, junto con su respectivo cuidador.

Le pedimos participar en este estudio porque usted cumple con las características necesarias para entrar en el estudio, es decir, es responsable de por lo menos un niño de 3 a 12 años, que se encuentran registrados como pacientes en la clínica de Odontología Pediátrica ENES Unidad León, UNAM, y se hace cargo del cuidado del niño durante ocho horas o más en un día y sabe leer y escribir.

Procedimientos:

A cada cuidador se le proporcionará un bolígrafo y una hoja impresa que contiene un cuestionario con 31 preguntas, sobre la percepción de los padres/cuidadores sobre el estado de salud bucal de su hijo.

En la valoración bucal del niño, se revisará con un espejo y explorador, este último, es un instrumento que sirve para sentir la textura del diente, en el sillón dental con luz artificial, y los datos obtenidos serán registrados en una hoja que contiene el índice ICDAS (Sistema Internacional de Registro para Caries Dental), un método que contiene números que describen la actividad o afección de la caries en los dientes y en donde la revisión es principalmente con criterios visuales.

De esta manera, se obtendrá un juego del cuestionario respondido por el cuidador y otra hoja en donde se registrará los dientes afectados por la caries del niño para medir el nivel de concordancia entre la percepción de la salud del niño con su estado de salud bucal de los niños.

Su participación consistirá en:

- Responder el cuestionario IPQ-RD el cuestionario IPQ-RD (Cuestionario de Percepción de la Enfermedad Revisado para la Caries Dental) unas hojas que contienen 31 preguntas acerca de lo que usted piensa y percibe sobre la caries dental en sus hijos.
- El cuestionario durará alrededor de 15 minutos y abarcará varias preguntas sobre la percepción del cuidador sobre el estado de salud bucal del niño.
- La entrevista será realizada en el lugar, día y hora determinada por la Escuela Nacional de Estudios Superiores, Unidad León, UNAM.
- Dar el asentimiento para que el niño sea revisado bucalmente y de esta forma determinar la prevalencia y grado de caries en los niños que acuden a recibir atención odontológica.

Beneficios: Si usted desea participar y que su hijo(a) participe, se le dará información actualizada sobre la caries dental, este cuestionario y la valoración clínica del niño no generan ningún costo, además, la información obtenida ayudará para la creación de un plan que promueva medidas preventivas e información concreta sobre la enfermedad de la caries, para poder tener una mejor calidad de vida en los niños relacionada con la salud bucal.

Confidencialidad: Toda la información que Usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, por lo que será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted y su hijo(a) quedarán identificados(as) con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá ser identificado(a) usted como cuidador y tampoco su hijo(a).

Participación Voluntaria/Retiro: Su participación y la de su hijo(a) en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted y su hijo(a) están en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o no en el estudio no implicará ningún tipo de consecuencia o afectará de ninguna manera en los servicios odontológicos que proporcione la escuela.

Riesgos Potenciales/Compensación: Los riesgos potenciales que implican su participación y la de su hijo(a) en este estudio son: **mínimos**. Es decir, es un procedimiento común como lo es la revisión bucal de su hijo con un espejo, para ver el grado de la caries en sus dientes. Si alguna de las preguntas le hiciera sentir un poco incomodo(a) a usted y su hijo(a), tienen el derecho de no responderla. En el remoto caso de que ocurriera algún daño como resultado de la investigación, se tomarán medidas para disminuir o reparar el daño ocasionado. Usted y su hijo(a) no recibirán ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implicará algún costo para ustedes.

Aviso de Privacidad Simplificado: La investigadora principal de este estudio, es la Dra. María del Carmen Villanueva Vilchis y la investigadora corresponsable es Maria Guadalupe

Frausto Araujo, por lo que ambas serán responsables del tratamiento y resguardo de los datos personales que nos proporcionen usted y su Hijo(a), los cuales serán protegidos conforme a lo dispuesto por la **Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados**. Los datos personales que les solicitaremos serán utilizados exclusivamente para las finalidades expuestas en este documento. Usted y su hijo(a) pueden solicitar la corrección de sus datos o que sus datos se eliminen de nuestras bases o retirar su consentimiento para su uso. En cualquiera de estos casos les pedimos dirigirse a la investigadora corresponsable del proyecto a la siguiente dirección de correo: **lupitafraustoa@gmail.com**.

Como parte de la colaboración de este estudio, su información y la de su hijo(a) no serán compartidas con ningún otro investigador o con ninguna otra entidad.

Números a Contactar: Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor comuníquese con la investigadora responsable del proyecto: Dra. María del Carmen Villanueva Vilchis al siguiente número de teléfono 5522728754 en un horario de 10:00 a 14:00 horas ó al correo electrónico vv.carmen@gmail.com.

Si usted tiene preguntas generales relacionadas con sus derechos como participante de un estudio de investigación, puede comunicarse a la Comisión de Ética en Investigación de la Escuela Nacional de Estudios Superiores (ENES), Unidad León al correo comisioneticaenes@gmail.com

Si usted acepta participar en el estudio, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar.

Declaración de la persona que da el consentimiento

- Se me ha leído esta Carta de consentimiento.
- Me han explicado el estudio de investigación incluyendo el objetivo, los posibles riesgos y beneficios, y otros aspectos sobre mi participación en el estudio.
- He podido hacer preguntas relacionadas a mi participación en el estudio, y me han respondido satisfactoriamente mis dudas.

Si usted entiende la información que le hemos dado en este formato, está de acuerdo en participar en este estudio, de manera total o parcial, y también está de acuerdo en permitir que su información de salud sea usada como se describió antes, entonces le pedimos que indique su consentimiento para participar en este estudio.

Registre su nombre y firma en este documento del cual le entregaremos una copia.

PARTICIPANTE:

Nombre: _____ -

Firma: _____

Fecha/hora _____

TESTIGO 1

Nombre: _____ -

Firma: _____

**Relación con
la participante:** _____

Fecha/hora: _____

TESTIGO 2

Nombre: _____ -

Firma: _____

**Relación con
la participante:** _____

Fecha/hora: _____

Nombre y firma del investigador o persona que obtiene el consentimiento:

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha/hora _____